

臨床医からみた「インフルエンザ学」の現状と課題

佐藤晶論 SATO Masatoki/福島県立医科大学医学部小児科学講座講師

「インフルエンザ学」は、「基礎インフルエンザ学」と「臨床インフルエンザ学」の2つのカテゴリーに分類される。

西暦2000年以降、それまでの「インフルエンザ様疾患」が迅速診断キットの普及により「インフルエンザ」と確定診断されるようになり、「(何の根拠もない)二次感染予防のための抗菌薬投与」が「抗ウイルス薬投与」へと変化し、根拠に基づいた治療が可能となった。「基礎インフルエンザ学」の成果が日本のインフルエンザ診療を劇的に変化させることにつながったのだが、一方で、医師の意識をも大きく変えたように思う。

それ以前の冬の小児科は、高熱を伴うインフルエンザ様疾患患者の外来受診者数や入院者数が各段に増える時期であり、入院しないまでも脱水のため点滴治療を受ける子どもたちで点滴室は常に満員の状態が続き、小児科医にとっては毎日が目の回る忙しさであった。私がインフルエンザ研究の世界に足を踏み入れたのも、臨床の現場で重症なインフルエンザの児を多く診てきたことがきっかけであった。

私は、ノイラミニダーゼ(NA)阻害薬のうち、オセルタミビルとザナミビルしかない時代に、これらの薬剤を処方しているうちに、年齢やインフルエンザの型によって臨床効果の違いを実感するようになり¹⁾²⁾、各NA阻害薬の構造、詳しい作用機序の違い、そして最終的にはウイルスの構造そのものにも興味をもつようになった。いわば、「臨床インフルエンザ学」から「基礎インフルエンザ学」の世界を垣間見るようになった。さらに、ペラミビルが使えるようになると、その血中および気道中の薬物動態とウイルス量の動態との関係にも興味をもつようになり³⁾、ますますインフルエンザの世界にはまり込んでしまい現在に至っている。自分がたどってきた「臨床インフルエンザ学」から「基礎インフルエンザ学」への道のりは、あくまでもインフルエンザで苦しむ患者さんの役に立ちたいという想いが原点であり、日常診療で疑問をもつたびに、ウイルスそのものを知りたいと思うようになったのである。

ところが現在、2000年以降に医師免許を取得した医師、とくに卒後10年位までの若手の医師に話を聞くと、インフルエンザは迅速診断キットで診断をつけて、抗ウイルス薬を出せば終わり、つまり、流れ作業のように診断・治療を進めるだけの「つまらない病気」となっているようである。皮肉にも迅速診断キットと抗インフルエンザ薬の登場が、インフルエンザ診療を流れ作業診療へと変えてしてしまい、若手医師がリサーチマインドをもちながら診療にあたることに対して急ブレーキをかける役割を果たしてしまったように感じている。実際に、日本の若手小児科医の中でインフルエンザそのものにも興味をもって精力的に臨床研究に携わっている医師は非常に少ない。将来、「基礎インフルエンザ学」が大きな発展を遂げる一方で、このままでは「臨床インフルエンザ学」が立ち止まってしまうのではないかと懸念を抱いている。